

MODALITA' DI ISCRIZIONE

La domanda, redatta sul modulo di iscrizione e completa di allegati, può essere: consegnata a mano presso la Segreteria Area Medica Sportello Master di I° livello nei giorni:

- lunedì, mercoledì, venerdì dalle ore 10:00 alle ore 13:00
- martedì e giovedì dalle ore 14.30 alle ore 16:00

spedita tramite raccomandata a/r all'indirizzo: Università degli Studi dell'Aquila – Segreteria Studenti Area Medica – Master di I° Livello – Piazzale Salvatore Tommasi, 1- 67100 L'Aquila.

Farà fede la data del timbro postale.

In alternativa alla raccomandata a/r, la domanda di iscrizione può essere inviata attraverso un messaggio di posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo protocollo@pec.univaq.it. In tal caso, i documenti per i quali è prevista la firma autografa, devono a loro volta essere sottoscritti dall'interessato con la propria firma digitale.

I documenti informatici privi di firma digitale saranno considerati non validi.

Spazio per marca da
bollo di euro 16,00

ALLA RETTRICE

DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'AQUILA
67100 - L'AQUILA

ANNO ACCADEMICO 2014/2015

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI MASTER UNIVERSITARIO DI I LIVELLO
STRUMENTISTI DI SALA OPERATORIA

Il/la sottoscritto/a

Nome		Cognome	
Data di nascita	Comune di nascita	Provincia o Stato di nascita	
Comune di residenza	Provincia	CAP	
Via/piazza		Telefono	
Codice Fiscale	Cellulare	e-mail	

CHIEDE

di essere iscritto al master . A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del **D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445** e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del D.P.R. citato,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di essere in possesso del **DIPLOMA DI LAUREA**

Triennale ☐

Magistrale/Specialistica ☐

Vecchio ordinamento (previgente il D.M. 509/1999) ☐

in _____

Facoltà _____ Università di _____

conseguito in data |_|_|_|_|_|_|_|_| con votazione |_|_|_|_| su |_|_|_|_| lode ☐ ☐ NO classe |_|_|_|_|

☐ di essere in possesso del **DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE** in _____

Facoltà _____ Università di _____

SCRIVERE IN STAMPATELLO

conseguito in data |_|_|_|_|_|_|_|_| con votazione |_|_|_|_| su |_|_|_|_| lode ☐ SI ☐ NO ;

☐ di essere in possesso di **TITOLO STRANIERO**

☐ già dichiarato equipollente a Diploma di Laurea italiano

Decreto Rettorale con il quale è stata dichiarata
dichiarata l'equipollenza

N°

Del

Università di

☐ per il quale fa richiesta di equipollenza, ai soli fini dell'ammissione al corso

☐ che consegnerà la laurea specialistica/magistrale in

_____ presso l'Università di

_____ entro il _____

e di impegnarsi a comunicare tempestivamente l'avvenuto conseguimento del titolo;

☐ che consegnerà il diploma di laurea in _____

presso l'Università di _____ entro il _____

e di impegnarsi a comunicare tempestivamente l'avvenuto conseguimento del titolo.

☐ di essere in possesso di **DIPLOMA DI MATURITA'** (durata 5 anni o attestato anno integrativo per chi è in possesso della
Maturità Magistrale) In _____ presso (istituto scolastico)

Via/P.zza

Città

Telefono

conseguito in data |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ di essere in possesso del/i **titolo/i professionale/i**

☐ di essere cittadino/a _____

☐ di possedere una adeguata conoscenza della lingua italiana (per i cittadini comunitari e stranieri);

☐ di possedere il seguente titolo di studio conseguito presso un'università straniera e per il quale presenta domanda di riconoscimento dell'equipollenza, ai soli fini dell'ammissione al corso:

laurea in _____ conseguita _____

☐ di essere iscritto al seguente Albo professionale

_____ n. _____

☐ di essere a conoscenza delle norme e dei termini previsti dal bando

☐ di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art.142 del T.U. delle Leggi sull'Istruzione Superiore "è vietata l'iscrizione contemporanea a diverse Università, a diverse Facoltà o scuole della stessa Università o a diversi corsi di laurea o diploma della stessa Facoltà";

☐ di essere a conoscenza che nel caso sia accertata la non veridicità di quanto dichiarato, fermo restando le responsabilità penali in caso di dichiarazioni false, comporterà l'automatica esclusione dalla graduatoria e la conseguente impossibilità di iscriversi

RECAPITO

Città

Telefono

E -mail

	n.	c.a.p.
	Prov.	

Allegati alla domanda:

- **Attestazione del versamento di € 1.000,00 corrispondente alla I rata della quota di iscrizione prevista dal bando effettuato a favore dell'Università degli Studi dell'Aquila :**

Codice Swift

BPMOIT22XXX

Filiale di riferimento:

Banca Popolare dell'Emilia Romagna
Sede dell' Aquila

Codice Ente

7101102

Codice IBAN

IT40Z0538703601000000198072

Intestato a

Università degli Studi dell'Aquila

causale obbligatoria: domanda di iscrizione al master di I Livello in **"Strumentisti di Sala Operatoria"**

per l'a.a. 2014/2015.

- ricevuta del versamento della tassa regionale per il diritto allo studio universitario di **€ 140,00** a favore dell'Azienda per il Diritto agli Studi Universitari – L'Aquila - IBAN IT 88D 053 870 3601 000 000 040 909 Intestato ad Azienda diritto agli studi di L'Aquila, presso TESORERIA BPER – L'AQUILA;
- copia di un documento di riconoscimento valido;
- n.2 fotografie formato tessera.

Il sottoscritto, ai sensi del d.lgs. 196/2003, dichiara inoltre di dare il proprio consenso affinché i dati (anagrafici e riguardanti la carriera universitaria) vengano utilizzati dall'Amministrazione Universitaria.

_____ data

_____ firma